

Nombre:

Date:

## Administro Zung Escala de Ansiedad (SAS)

Para cada uno de los siguientes elementos, por favor coloque una marca de verificación En la columna que mejor describe la frecuencia con la que sentía o se comportó esta forma durante los últimos días. Llevar el formulario completado con usted a la oficina en busca de arañosos y Evaluación durante su visita.

Hacer una marca de verificación En columna correcta.	Un poco de tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayoría de las veces
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo habitual.	1.	2.	3.	4.
2. SIENTO miedo por ningún motivo en absoluto.	1.	2.	3.	4.
3. ME altero fácilmente o siento pánico.	1.	2.	3.	4.
4. Tengo la sensación de estar cayendo a pedazos.	1.	2.	3.	4.
5. Creo que todo está bien y que nada malo va a suceder.	1.	2.	3.	4.
6. Mis brazos y piernas temblan y temblan.	1.	2.	3.	4.
7. Me molesta los dolores de cuello y espalda.	1.	2.	3.	4.
8. Me siento débil y cansada con facilidad.	1.	2.	3.	4.
9. Me siento más tranquila y fácilmente puedo estar quieto.	1.	2.	3.	4.
10. Puedo sentir mi corazón latiendo rápidamente.	1.	2.	3.	4.
11. Me molesta por ataques de vértigo.	1.	2.	3.	4.
12. TENGO episodios de desmayos o mareos.	1.	2.	3.	4.
13. PUEDO respirar dentro y fuera con facilidad.	1.	2.	3.	4.
14. Me da sensaciones de entumecimiento y hormigueo en los dedos y los dedos de los pies	1.	2.	3.	4.
15. Me molesta por dolores de estómago o indigestión.	1.	2.	3.	4.
16. Tengo que vaciar mi vejiga con frecuencia.	1.	2.	3.	4.
17. Mis manos son generalmente secas y cálidas.	1.	2.	3.	4.
18. Mi cara se calienta y siento bochorno.	1.	2.	3.	4.
19. Me quedo dormido fácilmente y obtengo una buena noche de descanso.	1.	2.	3.	4.
20. TENGO pesadillas	1.	2.	3.	4.

Score Total: